

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1904

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le samedi 23 juillet 1904, à 1 heure

Par N. PASTUREL

Contribution à l'étude

DES

MONOARTHrites SUPPURÉES

D'ORIGINE PUERPÉRALE

Président : M. HUTINEL, professeur.

Juges : } MM. RAYMOND, professeur.
 } MÉRY et JEANSELME, agrégés

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

LIBRAIRIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1904

36862

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE.
Professeurs	MM.
Anatomie.	P. POIRIER
Physiologie	CH. RICHET
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale	BRISSAUD.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.	N...
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	GILBERT
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.	DEJERINE.
Clinique médicale	ROGER.
	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.	RAYMOND.
Clinique des maladies du système nerveux.	TERRIER.
Clinique chirurgicale.	LE DENTU.
	TILLAUX.
	BERGER.
Clinique ophtalmologique.	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires.	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN.
Clinique gynécologique	PINARD.
Clinique chirurgicale infantile	POZZI.
	KIRMISSON.
<i>Professeurs honoraires : MM. JACCOUD, FOURNIER, FARABEUF et DUPLAY</i>	

Agréés en exercice.

MM.

ACHARD	FAURE	LEGUEU	TEISSIER
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE	THIERY
BESANÇON	TOURETTE	MARION	THIROLOIX
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE	THOINET
BROCA (AUG.)	GOUGET	MERY	VAQUEZ
BROCA (ANDRÉ)	GUIART	POTOCKI	WALLICH
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY	WALTHER
CUNEO	JEANSELME	RENON	WIDAL
DEMLIN	LANGLOIS	RICHAUD	WURTZ
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef	
DUPRE	LEGREY	des trav. anat.)	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798. l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA SŒUR ET A MON BEAU-FRÈRE

MEIS ET AMICIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Professeur de Pathologie médicale à la Faculté de Médecine
Médecin de l'Hôpital des Enfants Assistés
Membre de l'Académie de Médecine
Chevalier de la Légion d'Honneur.

CHAPITRE I

Introduction.

L'infection de la plaie utérine après l'accouchement, par les microbes pyogènes, par le streptocoque en particulier, peut donner lieu à deux grandes catégories d'accidents.

Dans un premier ordre de faits l'infection reste locale ou se propage aux organes du voisinage donnant lieu à des infections plus ou moins graves, plus ou moins étendues, à marche plus ou moins rapide, de l'utérus, des trompes, des ligaments larges, du péritoine, des lymphatiques, des veines contenues dans la cavité pelvienne.

En dehors des cas où la virulence des germes est telle que les lésions gagnant de proche en proche produisent rapidement la mort, la guérison est possible et peut être obtenue par des interventions locales.

Dans d'autres cas au contraire, avec ou sans lésions septiques d'inoculation et de propagation, la fièvre

puerpérale se comporte comme une maladie générale.

Les microbes pathogènes, et dans ces cas c'est généralement du streptocoque qu'il s'agit, se répandent dans le sang souvent avec une très grande rapidité; et quand la mort ne se produit pas du fait seul de la septicémie, avant même que les agents pathogènes aient pu se localiser dans les différents organes, on voit survenir des suppurations multiples, occupant l'endocarde, la plèvre, le foie, le tissu cellulaire, les synoviales articulaires.

Le tableau clinique est celui de la septicopyhémie; la mort est à peu près fatale et toute intervention chirurgicale est inutile en présence de la multiplicité des foyers de suppuration.

Les diverses manifestations de l'infection puerpérale se relient cependant les uns aux autres par une chaîne ininterrompue, ainsi que l'a établi M. le professeur agrégé WIDAL pour les infections veineuses. Tous les intermédiaires sont possibles entre la phlegmatia alba dolens, infection atténuée aboutissant à l'obturation des veines par un caillot, petit accident de la puerpéralité, et les phlébites suppurées, qui peuvent donner lieu à des abcès locaux ou d'autres fois être le point de départ d'embolies septiques. Dans tous ces cas c'est le streptocoque qui est le facteur et la raison d'être des accidents. On le retrouve dans le caillot de la phlébite oblitérante comme dans le pus de l'abcès. C'est simplement la virulence qui diffère dans ces cas et qui donne lieu à des formes cliniques et pronostiques différentes.

Il en est de même en ce qui concerne les complications générales de l'état puerpéral reconnaissant pour cause la streptococcémie.

La septico-pyohémie est déjà une forme relativement moins grave que la septicémie foudroyante ; et représente une réaction défensive réelle quoique incomplète de l'organisme.

Comme l'a montré WIDAL on peut, chez des femmes succombant à une suppuration généralisée à évolution lente, isoler le streptococcus pyogènes dans le pus de divers foyers, abcès du poumon ou phlegmon du ligament large, alors que les parenchymes examinés avec soin, par la méthode des cultures ou par celle des loupes ne décèlent pas le moindre microbe en chaînettes.

« *L'infection n'est déjà plus générale* » et les microbes après s'être disséminés dans tout l'économie *peuvent se localiser* à certains foyers purulents.

On conçoit donc que dans certains cas, la septicémie puerpérale, dans laquelle une *phase de localisation* peut succéder à la *phase d'infection générale*, donne lieu, non plus à des localisations multiples dont certaines peuvent être inaccessibles, mais à des localisations peu nombreuses ou uniques qui ne seront plus fatalement mortelles.

La streptococcémie n'aura été dans ces cas qu'un intermédiaire entre la porte d'entrée utérine et une suppuration à distance.

C'est ainsi que l'on peut voir des pleurésies suppurées d'origine puerpérale, résultant d'une localisation d'emblée et presque unique sur la plèvre, « comme si

le microorganisme avait acquis une affinité spéciale pour la séreuse, et qu'à côté des cas où la mort survient avec une rapidité foudroyante il est une variété de pleurésies purulentes qui apparaît comme un accident tardif et persiste avec la disparition de l'infection généralisée. La marche est lente et son évolution chronique : l'empyème dans ce cas est devenu toute la maladie, il peut guérir par simples ponctions. » (WIDAL).

A côté des polyarthrites suppurées qui sont si fréquentes dans l'infection puerpérale et qui, accompagnées ou non de suppurations viscérales, peuvent être regardées comme étant d'un pronostic si sombre, on peut donc voir la suppuration n'atteindre que quelques ou même qu'une seule articulation. L'arthrite suppurée est comme la pleurésie, devenue en quelque sorte toute la maladie et c'est de son évolution seule que dépend l'évolution clinique et pronostique.

C'est de l'étude d'un cas de ce genre observé dans leurs services que M. le Dr CETTINGER et M. le Dr POTHÉRAT nous ont proposé de faire le sujet de notre thèse inaugurale.

Nous sommes également redevable à M. le Dr NÉLATON d'une intéressante observation inédite dont il a bien voulu nous permettre de disposer.

Les cas de ce genre nous paraissent mériter l'attention à plus d'un titre : ils sont utiles pour la connaissance des arthrites suppurées à streptocoques : « l'infection puerpérale étant la maladie de choix pour laquelle on veut étudier le rôle du streptocoque en pathologie » (WIDAL).

En outre l'efficacité dans ces cas du traitement chirurgical, la possibilité par une intervention en temps opportun d'obtenir les meilleurs résultats, au point de vue du pronostic vital et fonctionnel, constitue un chapitre consolant du traitement des infections utérines après l'accouchement, si on compare ces résultats à l'impuissance de la thérapeutique dans la plupart des cas de septicémie puerpérale.

Nous nous proposons de faire porter notre étude sur les monoarthrites des grandes articulations des membres, réalisées par les agents habituels de l'infection puerpérale et par le streptocoque tout particulièrement. Nous ne ferons donc pas rentrer dans le cadre de notre travail les arthrites blennorrhagiques que l'on peut observer dans l'état puerpéral, ces arthrites pouvant n'être considérées que comme une variété particulière du rhumatisme blennorrhagique, ni les arthrites puerpérales suppurées ou non des articulations du bassin étudiées par M. le professeur BUDIN, par DUHRSEN, dont LOP (*Gazette des hôpitaux*, 1903), a rapporté un exemple récemment, et pour lesquelles le rôle des articulations pelviennes dans le mécanisme de l'accouchement, la possibilité d'une infection non métastatique nous paraissent constituer des conditions étiologiques un peu spéciales.

Avant d'exposer le résultat de nos recherches qu'il nous soit permis de remercier nos maîtres dans les hôpitaux. Nous nous souviendrons toujours de leurs leçons si intéressantes et si profitables.

A M. le Dr MERKLEN nous devons nos connaissances

ces de clinique médicale : c'est lui qui guida nos premiers pas à travers les difficultés si grandes de la symptomatologie et du diagnostic.

Les causeries si claires et si précises de M. le D^r BARIÉ au lit du malade resteront dans notre mémoire.

L'année que nous passâmes à l'hôpital Saint-Antoine dans le service de M. le D^r BLUM, chirurgien des hôpitaux, professeur agrégé de la Faculté de Médecine, fut pour nous pleine d'enseignement pratique. Ses méthodes simples, ses décisions chirurgicales si judicieuses seront pour nous un modèle précieux au cours de notre carrière.

Il est quelqu'un que nous nous garderons bien d'oublier. C'est en effet grâce à M. JULIEN, à son dévouement sans limite que nous avons aimé l'anatomie. Qu'il soit assuré que nous n'oublierons jamais ses leçons, ses conseils que nous apprécions chaque jour davantage.

Nous avons toujours trouvé le meilleur accueil auprès de MM. les professeurs TILLAUX, TERRIER et PINARD. C'est à la clinique Baudelocque que nous avons perfectionné nos connaissances obstétricales. Que M. le professeur PINARD reçoive ici tous nos remerciements.

Nous exprimons le regret d'avoir connu trop tard M. le D^r ALGLAVE, professeur de la Faculté de Médecine. Qu'il soit assuré qu'à travers notre existence médicale, ses causeries de pathologie externe, ses conseils resteront à jamais dans notre souvenir.

A MM. SAINTON, chef de Clinique médicale, SAUVAGE,

chef de Clinique obstétricale, MARCILLE, chef de Clinique chirurgicale nos remerciements les plus sincères.

M. BRAILLON, interne des hôpitaux fut toujours pour nous un guide sincère, aimable et dévoué ; qu'il soit assuré de notre cordiale et bien vive reconnaissance.

Nous ne saurions trop remercier M. le professeur HUTINEL, Chevalier de la Légion d'honneur, Médecin des hôpitaux, du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de cette thèse.

CHAPITRE II

Etiologie. — Pathogénie.

Depuis les travaux de Pasteur, de Widal, et de nombreux auteurs qui ont confirmé les résultats de leurs recherches, l'infection des organes génitaux et spécialement de la plaie utérine résultant de la désinsertion du placenta est devenue la cause essentielle des accidents fébriles et des suppurations de la puerpéralité.

Par quels agents pathogènes sont causés ces accidents ? S'il n'y a pas de spécificité de germe, si l'on a trouvé dans le pus de l'endométrite puerpérale aiguë le staphylocoque, le coli-bacille, si l'on a pu y déceler récemment dans certains cas les germes anaérobies, bacilles serpens, ramosus, staphilococcus, parvulus que Veillon et Zuber ont montré être à la base de toutes les suppurations gangréneuses et fétides, si un microbe différencié comme le bacille de Nicolaïer peut se greffer

sur la porte d'entrée intra-utérine comme sur les diverses plaies physiologiques, traumatiques ou chirurgicales le streptococcus pyogènes a gardé encore aujourd'hui par sa fréquence et par son importance physiologique le premier rang qu'il avait conquis au début des études bactériologiques comme agent de l'infection puerpérale.

C'est surtout dans les complications métastatiques qu'on le trouve isolé, dans le plus grand nombre des cas ; alors qu'il peut être associé à d'autres agents microbiens au niveau des suppurations locales. Ce sera donc lui qu'on retrouvera dans le pus des arthrites puerpérales dans presque tous les cas.

Les conditions de l'infection génitale tenant la suppuration articulaire sous sa dépendance sont celles des complications septiques de la puerpéralité en général ; nous n'avons pas à insister sur elles. Le plus souvent l'infection est d'origine externe, et nous retrouvons l'influence étiologique bien connue des avortements, des accouchements laborieux avec rétention des membranes, avec opérations obstétricales, délivrance artificielle forceps, version, basiotripsie.

Comme toutes les autres manifestations de l'infection puerpérale les monoarthrites sont devenues très rares avec le développement et la généralisation des méthodes aseptiques et antiseptiques. Cette constatation démontre l'importance capitale de l'infection d'origine externe et réduit à son minimum l'auto-infection par les agents saprophytes normaux du conduit vaginal.

Dans certains cas cependant il n'est pas possible de trouver la voie d'accès des agents pathogènes.

Il est permis de penser que c'est parce qu'elle a passé inaperçue et qu'il faut incriminer les mains de l'accouchée, une faute lors des soins consécutifs.

Pour provoquer un abcès articulaire il faut étudier la voie suivie par les microbes depuis l'utérus jusqu'à la synoviale.

Au niveau de la porte d'entrée intra-utérine les agents pathogènes peuvent provoquer des lésions d'inoculation. Il y aura presque toujours endométrite puerpérale aiguë, phlébite des veines utérines, avec ou sans lésion de voisinage. Ces lésions locales en même temps qu'elles évolueront pour leur propre compte seront le point de départ de la septicémie.

Dans certains cas cependant, les lésions locales seront réduites à leur minimum et l'infection sera pour ainsi dire septicémique d'emblée. Le volume et la multiplicité des sinus veineux largement ouverts après la délivrance expliquent dans ces cas la rapidité et la prédominance de la généralisation sanguine qui paraît pouvoir se faire sans phlébite antérieure des veines pelviennes.

Dans les cas que nous venons d'envisager, la septicémie évolue en même temps que les lésions d'infection génitale ou sans lésions locales appréciables. Celles-ci, en tout cas, peuvent être réduites à leur minimum.

Il nous faut envisager maintenant un troisième ordre de circonstances étiologiques. Il s'agit de cas dans les-

quels l'infection utérine a provoqué le développement de lésions du voisinage, d'abcès du ligament large par exemple, qui évolue pour son propre compte pendant un temps variable et qui peut à un moment donné disséminer dans le sang les agents infectieux. La maladie évolue alors en deux temps : une suppuration pelvienne peut être intermédiaire entre la plaie utérine et la streptococcémie.

La généralisation de l'infection et l'arthrite qui en est la conséquence se produit donc à une époque variable : elle peut être presque immédiatement consécutive à l'accouchement, n'apparaître que quelques jours après, et ne se manifester qu'au bout de plusieurs mois, ainsi qu'il résulte de l'observation que nous a communiquée M. le D^r Nélaton.

Une fois produite la généralisation sanguine, la maladie évoluera en deux temps : une phase d'infection généralisée à streptocoques, période de courte durée, à laquelle succédera la dernière période, période de localisation caractérisée par l'arthrite suppurée.

A partir du développement des phénomènes articulaires nous assisterons à l'évolution d'une arthrite à streptocoques évoluant comme une affection locale, et le passage des microorganismes dans le sang n'aura été que passer.

Dans certains cas cependant le développement de la monoarthrite ne s'accompagnera pas de la disparition de la septicémie ; celle-ci continuant à évoluer sans l'apparition d'autres foyers métastatiques commandera

l'évolution et le pronostic (Potocki et Lacasse). La localisation n'est qu'incomplète et ébauchée.

Les monoarthrites puerpérales sont donc un exemple de suppurations locales d'origine septicémique, dues à une véritable métastase. Le streptocoque cependant peut donner lieu par voie indirecte à une arthrite suppurée, quand il détermine d'abord une *phlegmatia alba dolens*, puis une pyarthrose dans une articulation du membre œdématié (Liégeard, Th. Paris, 70).

En dehors de ce cas exceptionnel, les arthrites puerpérales sont de tous points comparables aux suppurations des os par le staphylocoque doré que l'on observe dans l'ostéomyélite des adolescents. Dans ces cas, le point de départ est également une affection locale à staphylocoque, furoncle, anthrax, impétigo ; d'autres fois, le point de départ passe inaperçu.

La généralisation staphylococcique donne lieu soit à des septico-pyohémies, soit à des suppurations moins nombreuses avec continuation de l'infection générale, soit à des localisations à distance qui déterminent l'évolution d'abcès locaux. Ces localisations sont commandées par l'activité circulatoire et fonctionnelle des tissus où s'arrêtent les embolies microbiennes. On sait qu'on n'observe l'ostéomyélite d'origine métastatique que pendant le développement du squelette et que les abcès se forment là où le développement est le plus actif, au niveau du bulbe de l'os et près de l'épiphyse fertile, au niveau des os dont la croissance est la plus active. De telles circonstances étiologiques peuvent être invoquées dans les arthrites puerpérales. Ce sont

les articulations des membres qui suppurent et en particulier celles qui travaillent le plus.

Les arthrites occuperont donc en général le membre inférieur, et le genou sera la localisation de beaucoup le plus souvent rencontrée. D'autres fois on observe des arthrites du cou, du pied, du coude, du poignet.

Les articulations du bassin, en raison des modifications qu'elles subissent dans les derniers temps qui précèdent l'accouchement et qui donnent au bassin une plus grande mobilité, du retentissement qu'a sur elles l'accouchement lui-même, présentent des localisations assez fréquentes.

De même que dans l'ostéomyélite les foyers suppurants des localisations peuvent être le point de départ de nouvelles généralisations on peut observer le même fait dans les abcès articulaires streptococciques. Il importera donc de traiter et de guérir le plus tôt possible ces foyers de suppuration locale.

La fréquence des suppurations articulaires généralisées ou localisées dans l'infection puerpérale est un cas particulier de la prédisposition des articulations aux processus infectieux, et l'on peut en faire une variété particulière des pseudo-rhumatismes infectieux. Dans certains cas, des affections articulaires antérieures, des traumatismes peuvent peut-être, comme dans les arthrites tuberculeuses ou autres, servir de point d'appel et commander la localisation au niveau d'une articulation déterminée.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique.

Le pseudo-rhumatisme puerpéral présente au plus haut degré un caractère différentiel général entre les pseudo-rhumatismes infectieux et le rhumatisme vrai : la suppuration peut être considérée comme à peu près constante.

La suppuration ne s'observe cependant pas toujours d'emblée : on peut observer une première période d'arthrite séreuse, avec un liquide clair, jaunâtre et généralement visqueux, comme tous les liquides articulaires. Cette période peut durer plusieurs jours, puis le liquide devient généralement louche, puis de plus en plus trouble, puis franchement purulent.

Les éléments cellulaires contenus dans le liquide augmentent au fur et à mesure de la transformation purulente.

On observe dès le début un nombre plus ou moins

considérable de leucocytes polynucléaires, avec leurs réactions colorantes et leur morphologie normale. Il y a en même temps des lymphocytes en quantité variable et des cellules ayant les caractères des cellules endothéliales. Puis les leucocytes polynucléaires deviennent de plus en plus nombreux ; on en constate un grand nombre par simple étalement sur une lame du liquide pathologique. Peu à peu ces leucocytes se déforment, perdent leurs réactions vitales, deviennent plus ou moins méconnaissables et se transforment en globules de pus.

Un point intéressant consiste dans la présence des streptocoques dans le liquide. M. Cettinger en pratiquant une ponction aseptique à la période d'arthrite séreuse n'a pu déceler les chaînettes caractéristiques par l'examen direct et lesensemencements sont restés stériles ; alors que le liquide retiré lors d'une seconde ponction et devenu louche contenait des cocci en chaînettes, prenant le Gram, donnant sur les cultures faites au moyen des milieux ordinaires des colonies ayant les caractères des colonies à streptocoques. Cette absence des microbes pathogènes dans le liquide articulaire pendant la première période de l'arthrite est à rapprocher de la stérilité fréquente du même liquide dans de nombreux processus infectieux, dans le rhumatisme blennorrhagique en particulier. Comme l'a démontré M. le professeur agrégé Vaquez dans ce dernier cas le liquide peut être aseptique, alors qu'au cours d'une arthrotomie les parties profondes de l'articulation, les franges synoviales recueillies et soumises

à l'examen bactériologique décèlent la présence du gonocoque. On doit donc admettre que dans l'arthrite streptococcique puerpérale les agents infectieux se localisent également au niveau des replis de la séreuse articulaire, qu'ils y restent cantonnés pendant un temps plus ou moins long et que leur présence dans le liquide épanché montre que l'arthrite est déjà arrivée à une période avancée de son évolution.

Comme dans les arthrites infectieuses aiguës c'est donc au niveau de la synoviale que se localisent les microbes : celle-ci, enflammée, congestionnée, secrète un liquide inflammatoire ; l'afflux des leucocytes par la voie vasculaire au niveau du foyer microbien traduit la réaction de l'organisme, et la destruction, la nécrose des polynucléaires par les toxines microbiennes transforme l'épanchement en véritable pus. Cet abcès, suivant la virulence plus ou moins grande des agents infectieux, entraînera des lésions secondaires des cartilages articulaires, des os, des tissus fibreux péri-articulaires ; on pourra observer dans l'affection abandonnée à elle-même des fusées purulentes du côté des muscles, des fistules, etc.

Ces complications pourront être évitées par l'intervention chirurgicale : il est important au point de vue thérapeutique de retenir que c'est par la séreuse articulaire elle-même que débudent les accidents.

CHAPITRE IV

Symptomatologie.

Les considérations auxquelles donne lieu l'étiologie des arthrites puerpérales nous ont montré que la date de début, que la marche des accidents seront variables suivant les cas.

Dans un certain nombre de cas évoluent d'abord les signes plus ou moins accusés d'infection locale : l'utérus ne se rétracte qu'incomplètement, le col reste entrouvert ; on ne tarde pas à voir se produire par le vagin un écoulement sanieux et fétide. En même temps la température s'élève.

Quelquefois on voit se développer des suppurations locales du côté du ligament large, de la trompe, du péritoine, nécessitant un traitement approprié. Ce n'est quelquefois qu'au bout de plusieurs mois, alors que la malade paraissait en voie de guérison, que la fièvre réapparaît préluant à l'apparition de l'arthrite.

Dans d'autres cas au contraire l'accouchement est terminé, l'utérus paraît effectuer son involution nor-

male; il n'y a pas de douleurs abdominales, pas d'écoulement vaginal et le début est marqué brusquement par des phénomènes généraux graves. Certaines conditions anormales : avortement, rétention du placenta ou des membranes peuvent faire prévoir quelquefois l'apparition de l'infection ; dans d'autres cas tout a paru s'effectuer normalement.

Une fois l'infection générale déclarée, précédée ou non de symptômes d'infection locale, la maladie évolue en deux périodes :

1^{re} PÉRIODE. — Période de *généralisation* dont le symptôme prédominant est la *fièvre*.

2^e PÉRIODE. — Période de *localisation* caractérisée par l'apparition de l'arthrite.

Le début des accidents septicémiques est en général brusque. La malade est prise de frissons intenses et répétés, pouvant s'accompagner de claquements de dents, de vomissements. La température s'élève rapidement à 40°, 41°. La malade est baignée de sueurs abondantes.

La fièvre évolue, soit suivant le type discontinu, donnant lieu aux grandes oscillations de la fièvre de suppuration, soit en se rapprochant du type continu ; la marche de la température rappelle alors la courbe de la fièvre typhoïde ; elle est cependant moins régulière ; la température varie dans des limites plus étendues entre le matin et le soir et d'une heure à l'autre.

Le pouls est accéléré, et, contrairement à ce qui se passe dans la dothiéntérie où il est relativement lent par rapport à la température, il est rapide, à 140,

150 pulsations par minute. Il varie de rapidité d'un moment à l'autre. Petit, inégal, irrégulier dans les formes graves, il peut être assez régulier dans les septicémies atténuées.

Les urines sont diminuées dans leur quantité ; on peut y trouver de l'albumine et il y a un degré plus ou moins grand de rétention des produits éliminés, chlorures en particulier, phosphates, urée.

Le faciès est plus ou moins altéré.

On notera souvent des sueurs abondantes d'autant plus répétées que la fièvre aura tendance à se rapprocher du type intermittent.

On aura donc surtout le tableau d'une maladie générale. Il pourra y avoir en même temps de la céphalalgie ; la langue sera sèche et collante. On notera de l'anorexie, des vomissements. La constipation sera la règle. La rate pourra être hypertrophiée.

L'exploration des divers organes pourra ne donner que peu de renseignements. Dans une de nos observations le ventre était souple, non douloureux ; l'utérus rétracté et mobile ; les culs-de-sac libres et indolores.

Cependant la porte d'entrée de l'infection se révélera en général par le retard dans l'involution ; par la fétidité des lochies, par de l'empâtement péri-utérin ; le col restera perméable.

Le tableau clinique pourra rester le même pendant plusieurs jours, sans que l'examen des poumons, du foie, du cœur, des membres, ne décèle l'existence d'aucun foyer d'infection locale.

Cependant on verra à un moment donné apparaître de nouveaux symptômes : ce seront des symptômes d'arthrite.

La malade ressentira subitement une douleur vive au niveau d'une de ses articulations, d'un genou le plus souvent. Cette douleur sera spontanée, et augmentée par toutes les causes qui tendront à provoquer un mouvement ou une pression au niveau de l'articulation malade. Les couvertures, les mouvements auprès du lit seraient difficilement supportés ; le moindre effort de mobilisation arrachera des plaintes à la malade.

A l'inspection on constatera immédiatement l'augmentation de volume du membre au niveau de l'articulation enflammée. En même temps une rougeur diffuse de la peau occupera le segment correspondant et remontera plus ou moins vers la racine du membre.

A la palpation pratiquée avec la plus grande douceur à cause des douleurs qu'elle occasionne on constatera un empâtement diffus, siégeant dans les plans superficiels, avec œdème et s'étendant à une plus ou moins grande distance de l'articulation.

L'augmentation de la température locale témoignera de l'intensité du processus inflammatoire.

Il sera facile de se rendre compte de l'existence de liquide dans l'articulation elle-même : les culs-de-sac seront empâtés, dessineront une saillie sus et sous rotulienne ; on obtiendra facilement le choc rotulien.

L'apparition de ces symptômes locaux s'accompa-

gnera d'une nouvelle élévation de la courbe thermique. Mais dans les cas favorables on ne constatera pas la production d'autres foyers métastatiques.

L'immobilisation du membre, les enveloppements humides, les bains de sable chaud pourront provoquer une certaine détente ; la douleur sera un peu moins vive ; la tension intra-articulaire diminuera dans une certaine mesure. Mais il ne s'agira là que d'une amélioration passagère. Il ne faut guère compter sur une résolution et les ponctions aseptiques en cas de doute renseigneront sur la marche progressive du foyer infectieux, en permettant de retirer un liquide d'abord séreux, puis louche et séro-purulent, puis franchement purulent.

La marche de la maladie est alors liée à l'évolution des phénomènes généraux et à celle de l'arthrite. La localisation articulaire peut ne pas retentir sur la généralisation de l'infection.

Dans ce cas, la persistance de la streptococcémie s'accusera par l'élévation de la température, par la gravité des phénomènes généraux, par le délire, la carphologie, la petitesse et la rapidité du pouls, le refroidissement des extrémités. La mort sera le résultat de l'intoxication générale de l'économie.

Elle pourra être précédée du développement d'autres foyers secondaires soit articulaires, soit viscéraux. L'arthrite n'aura été qu'un incident de la maladie, qu'un épiphénomène.

D'autre part si l'on n'a pas recours à une intervention locale, ou si celle-ci reste incomplète, le foyer de

suppuration articulaire pourra compromettre gravement la vie de la malade. Les pyarthrites à streptocoques sont en effet « d'une gravité presque constante; (Mauclair. *Traité de chirurgie* de Le Dentu et Delbet, III, 432), il y a une destruction, une dislocation de toute l'articulation, des fusées purulentes multiples, des érosions cartilagineuses étendues. » La suppuration pourra donc gagner rapidement les parties voisines, disséquer les muscles, se comporter comme un phlegmon diffus et causer la mort par hecité.

En outre ce foyer secondaire peut être le point de départ d'une généralisation sanguine et causer une nouvelle poussée d'accidents septicémiques ou septico-pyohémiques qui entraîneront rapidement la mort.

L'intervention devra donc être précoce pour éviter des complications mortelles, ou des délabrements étendus entraînant la perte complète des fonctions du membre; même dans ces cas la guérison sera encore longue à obtenir. La malade aura encore pendant longtemps des accès fébriles, revenant fréquemment et souvent sans cause très nette; la plaie articulaire sera longue à se fermer; l'articulation sera ankylosée, ou présentera des raideurs articulaires considérables. Dans un nombre de cas favorables, assez importants cependant, nous le verrons, la guérison fonctionnelle peut être presque complète et on peut obtenir une guérison à peu près radicale.

CHAPITRE V

Pronostic.

Le pronostic des arthrites puerpérales est donc grave : il est grave pour la vie des malades ; il est grave dans les cas favorables pour l'avenir de l'articulation.

Le principal élément de gravité du pronostic vital réside dans la septicémie streptococcique qui précède la localisation articulaire, septicémie qui peut continuer à évoluer en même temps que la suppuration locale, point de départ possible elle-même de septicémies secondaires.

Nous n'avons pas à insister sur l'extrême gravité de toutes les formes de l'infection puerpérale généralisée.

Pour de nombreux auteurs le pronostic dans ces cas peut-être considéré comme à peu près fatal quelles que soient les méthodes thérapeutiques auxquelles on peut avoir recours.

Un premier élément de pronostic doit donc être tiré de la recherche des streptocoques dans le sang : on pratiquera une ponction veineuse aseptique. Il sera

avantageux selon une méthode préconisée par Arloing et Courmont pour la recherche du bacille d'Eberth dans la dothiéntérie de retirer une assez grande quantité de sang, trois à quatre centimètres cubes et de l'ensemencer dans une grande quantité de bouillon, 300 à 400 centimètres cubes. On pourra identifier le streptocoque dans les cultures par les chaînettes caractéristiques — par la non décoloration par la méthode de Gram — par les réensemencements et les caractères des cultures sur milieux solides.

Lemierre a également préconisé une méthode de culture du sang à laquelle on pourra avoir recours. On aura alors la notion de la généralisation ou de la non généralisation de l'infection suivant que les cultures seont stériles ou donneront des résultats positifs.

Prochniwick (Die äuschncheidung der puerperal septischen Gebärmutter) (1) a insisté sur la valeur des résultats pronostiques fournis par l'examen bactériologique du sang.

Toutes les femmes dans le sang desquelles il a trouvé le streptocoque sont mortes, tandis que toutes celles chez lesquelles l'examen du sang est resté négatif, sauf dans les cas de péritonite purulente par déchirure du col et du cul-de-sac vaginal, ont guéri, malgré parfois l'existence des symptômes d'infections les plus graves.

L'histoire des monoarthrites suppurées puerpérales prouve qu'il faut en rappeler dans une certaine mesure

1. *Monatschr. (Gebürth. u. Gynék.* 1899, IX, p. 756 et X-14).

de la gravité de ce pronostic et que l'infection peut se localiser secondairement.

Si donc la période d'infection généralisée dans laquelle on pourra déceler l'existence d'une streptococcémie permet de porter le pronostic le plus grave, l'apparition de phénomènes articulaires — si ceux-ci sont limités à une seule articulation — s'ils sont précédés d'une certaine détente permet d'espérer la localisation de l'infection et par conséquent la guérison.

Les cultures de sang à cette période d'arthrite permettront vraisemblablement de porter un pronostic sur les chances de mort ou de guérison : si les streptocoques ont disparu ou disparaissent bientôt du sang circulant on peut espérer que l'infection à distance va se comporter comme une lésion locale et pourra être traitée comme telle. Si au contraire les cultures restent primitives, on devra redouter que l'infection conserve son caractère septicémique et qu'elle entraîne la mort soit sans nouvelles localisations soit en prenant la forme pyohémique. MM. Potocki et Lacasse ont tout récemment, dans un certain nombre de cas d'infection puerpérale dont un avec arthrite du genou droit, étudié les éléments de pronostic et de traitement tirés de l'étude des modifications globulaires et confirmé les travaux de Mouchotte (1) et de Carton (2).

Ils croient pouvoir conclure que dès à présent l'examen

1. *Annales de Gynécologie et d'obstétrique*, 1904, pages 337, 350.

1. *Thèse 1903*.

1. *Thèse 1903*.

du sang chez les puerpérales peut fournir quelque précision au pronostic, qu'on peut tout au moins audébut de l'infection distinguer à celle-ci deux formes de gravité différentes. Une première forme qui aboutira à la guérison et qui, d'ordinaire, affecte cliniquement une allure bénigne, et une seconde forme dont la terminaison sera fatale et qui présente immédiatement une allure grave.

Dans la forme légère au début, celle qui guérit, la leucocytose, qui, généralement oscille entre 8.000 et 10.000, peut monter davantage, atteindre 15,000 et même davantage, et s'y maintenir sans que pour cela le pronostic s'aggrave. Cependant en ce cas, il est nécessaire que la réaction polynucléaire n'atteigne pas des chiffres très élevés et ne dépasse pas 80 pour 100 à 85 pour 100. Toutefois il semble que les conditions restent surtout favorables si malgré une leucocytose ou une polynucléose accentuée, les éosinophiles ne disparaissent pas, n'en resterait-il que 1 pour 100.

A côté de cette forme guérissable vient malheureusement se placer la forme véritablement grave de l'infection puerpérale, celle qui tue trop souvent. Là encore la leucocytose est intense ; elle peut monter à 25.000 et plus, dépasser 95 pour 100, mais alors l'éosinophilie ou ne s'est jamais montrée, ou a été insignifiante, ou a disparu. Dans les cas graves qui guérissent au contraire l'éosinophilie augmente en même temps que la polynucléose diminue.

Il semble donc que pour formuler un pronostic dans le cas d'infection puerpérale, on doive, tout en tenant

le plus grand compte des manifestations cliniques et de l'impression générale fournie par l'examen de la malade, se baser également sur les réactions globulaires du sang. A ce point de vue, on se préoccupera surtout de la marche de la leucocytose et de la polynucléose, ainsi que de celle de l'éosinophilie. Si les leucocytes et les polynucléaires atteignent des chiffres très élevés, dépassant respectivement : 25.000, 30.000 et 80 à 90 pour 100, le pronostic doit être réservé, principalement si l'on voit cette ascension s'accompagner d'une diminution rapide et surtout de la disparition des éosinophiles.

Même quand l'arthrite en se développant paraît mettre fin à la généralisation infectieuse le pronostic n'en doit pas encore moins être des plus réservé. La plaie utérine infectée reste pendant longtemps une menace de nouvelles métastases. D'autres fois ce sont des lésions pelviennes suppurées qui pendant un temps très long restent une menace permanente. L'abcès articulaire lui-même peut être le point de départ d'une nouvelle poussée septicémique.

En dehors de ces considérations pronostiques qui empruntent leur importance à l'extrême gravité de la septico-pyohémie puerpérale, l'arthrite suppurée bien localisée est grave par elle-même ; elle participe du pronostic sévère des arthrites à streptocoques en général.

Alors que certaines arthrites suppurées, l'arthrite à gonocoque, l'arthrite à pneumocoques par exemple, peuvent être considérées comme comportant un pro-

nostic *quoad vitam* relativement bénin, l'arthrite à streptocoques est d'une virulence plus grande et peut compromettre l'existence par suppuration de voisinage, phlegmon diffus etc..

Le pronostic en ce qui concerne les fonctions articulaires n'est pas moins sérieux : on devra redouter l'ankylose, ou tout au moins des raideurs articulaires d'autant plus gênantes que ce sont les grandes articulations des membres et tout particulièrement le genou qui sont le plus fréquemment atteintes.

Nous verrons cependant que le pronostic de ces complications est notablement atténué par ce fait qu'à une suppuration bien localisée convient un traitement local qui pratiqué en temps opportun permet d'espérer les meilleurs résultats et tout en sauvant la vie de la malade est compatible avec les résultats fonctionnels les plus satisfaisants.

CHAPITRE VI

Diagnostic.

Le rhumatisme puerpéral présente des difficultés diagnostiques variables suivant les formes cliniques, suivant la période de l'évolution de l'infection aboutissant à la suppuration intra-articulaire.

Dans un grand nombre de cas, comme nous l'avons vu, on peut envisager à la maladie deux périodes :

Une *première période septicémique*, d'infection générale et

Une *deuxième période articulaire*, de localisation.

Les affections avec lesquelles il faudra la différencier différeront à chacune de ces deux périodes.

A la première période c'est avec les affections fébriles favorisées ou non dans leur apparition par l'état puerpéral que se posera le problème clinique.

La fièvre typhoïde, plus rarement la granulie, la variole à la période éruptive, seront les infections qui se présenteront tout d'abord à l'esprit.

Si la notion d'un accouchement et surtout d'un avortement récent devra faire penser de suite à une infection d'origine génitale, ces circonstances étiologiques seront loin de permettre une affirmation absolue. On sait que les infections telles que la variole, la dothiétérie, sont des facteurs puissants d'avortement et d'accouchement prématuré. On sera donc dans ce cas exposé à prendre l'effet pour la cause et à rattacher à l'expulsion de l'œuf des accidents qui l'ont au contraire provoquée.

D'autre part, on sait que les infections, la tuberculose granulique en particulier, trouveront une cause prédisposante souvent puissante dans l'état gravidique et la lactation.

Il faudra donc s'enquérir avec le plus grand soin de la question de savoir si des malaises plus ou moins accusés, si de la lassitude, des épistaxis, des frissonnements plus ou moins intenses et plus ou moins répétés n'ont pas précédé l'expulsion du fœtus, les grands accidents infectieux n'étant qu'en apparence postérieurs à celle-ci.

La difficulté de l'accouchement, la nécessité d'opérations obstétricales seront des conditions qu'il faudra rechercher, mais qui peuvent manquer, la voie d'accès des germes pouvant passer inaperçue, ce qui est surtout le fait des infections puerpérales que l'on observe aujourd'hui et qui sont de moins en moins imputables à une faute grossière contre l'asepsie.

Les phénomènes locaux, lochies fétides, douleurs abdominales et pelviennes, empâtement des culs-de-

sac ont quand on les constate une importance capitale, mais dans ces cas il faut élucider la question particulièrement délicate de savoir s'ils se compliquent ou non d'infections générales et d'autre part ils peuvent manquer à peu près complètement.

Il faudra donc souvent se baser sur les caractères objectifs qui séparent l'infection streptococcique des infections qui peuvent la simuler.

C'est surtout avec la fièvre typhoïde que la discussion devra être posée. Dans les deux cas il peut y avoir des douleurs abdominales, du ballonnement du ventre, de la diarrhée, de l'hypertrophie de la rate, de l'indicanurie, de l'état typhoïde.

La notion du début a une importance différentielle capitale. Lent et progressif dans la dothiéntérie il est précédé de prodromes marqués par de la céphalalgie, des épistaxis, de l'insomnie ; la fièvre monte progressivement et n'atteint 40° le soir que vers le quatrième jour. Dans l'infection puerpérale au contraire le début est brusque, marqué par un grand frisson ou par des frissonnements répétés.

La température régulière en plateau de la période d'état de l'infection éberthienne contraste avec la courbe thermique beaucoup plus irrégulière de la streptococcémie.

Dans la fièvre typhoïde le pouls régulier et dicrote est lent par rapport à la température.

Il est au contraire rapide à 130, 140 pulsations par minute dans l'infection puerpérale ; variable d'un moment à l'autre.

Les taches rosées ne se rencontrent pas dans cette dernière.

Le séro-diagnostic quand il est positif et que la malade n'a pas fait de fièvre typhoïde antérieure permet d'affirmer l'infection éberthienne. Mais on peut ne pas observer d'agglutination dans les premiers jours de la maladie. Il faut alors recourir à d'autres procédés.

On a dans ces dernières années insisté sur la constance et sur la précocité dans la fièvre typhoïde d'une réaction spéciale de l'urine la diazoréaction d'Ehrlich caractérisée par la coloration rouge intense que prend l'urine quand on fait agir sur elle un mélange de quelques centimètres cubes d'une solution chlorhydrique d'acide sulfanilique avec quelques gouttes d'une solution au 1/200 de nitrite de soude. Mais ce n'est pas là un caractère diagnostique sur lequel il faut trop compter : la diazoréaction n'est pas une réaction spécifique de la maladie causée par le bacille d'Eberth ; elle peut se rencontrer dans une foule d'infections et parmi celle-ci l'infection puerpérale. Elle était très nettement positive pour l'urine de la malade de M. le Dr Cettinger mais cette réaction n'a été que transitoire.

En l'absence du séro-diagnostic c'est encore l'hématologie qui donnera les renseignements diagnostiques les plus précis. Dans l'infection puerpérale comme nous l'avons vu en effet au chapitre précédent, il y a toujours une leucocytose très marquée, caractérisée par l'augmentation de la proportion des leucocytes polynucléaires.

Il n'en est pas de même dans la dothiéntérie, où

il existe de la leucopénie avec mononucléose apparente.

Les ensemencements, suivant la technique que nous avons mentionnée plus haut, donnent lieu au développement d'agents microbiens qu'il sera facile de différencier l'un de l'autre. Arloing et Courmont ont insisté sur la constance et sur la précocité de la septicémie éberthienne dans la fièvre typhoïde. Bientôt en outre dans les formes que nous étudions la localisation articulaire viendra juger le diagnostic, s'il est resté en suspens jusque-là.

Toute difficulté n'est pourtant pas écartée à cette deuxième période. Il faudra se demander si l'on a bien affaire à une arthrite puerpérale à streptocoque ou s'il ne s'agit pas d'une localisation du rhumatisme blennorrhagique provoquée par l'état physiologique spécial dans lequel se trouve la malade.

Les accoucheurs allemands admettent l'existence d'une véritable infection puerpérale à gonocoques.

Il semble que cette forme bactériologique soit rarement rencontrée et que les accidents blennorrhagiques qui éclatent après l'accouchement ne diffèrent pas des manifestations de la blennorrhagie telles qu'on les rencontre en dehors de lui.

Mais le post partum ne constitue pas moins une cause prédisposante indéniable à leur apparition; que l'on admette ou non pour les expliquer la virulence nouvelle prise par le gonocoque au contact des différentes espèces microbiennes renfermées dans l'écoulement lochial.

Quoiqu'il en soit Fruchinsolz (1) a insisté sur la fréquence de l'apparition ou de l'exacerbation d'inflammations extra ou péri-génitales gonococciques après l'accouchement et les arthrites blennorrhagiques doivent être prises d'une façon toute particulière en considération.

Patenostre (2) rattache à l'arthrite blennorrhagique les arthrites rencontrées pendant la puerpéralité.

Rappelant que Duplay et Brun ont été les premiers à décrire l'arthrite blennorrhagique œdémateuse aiguë simulant une arthrite rhumatismale ou traumatique aiguë il s'appuie pour soutenir son opinion sur ce fait que l'arthrite puerpérale représente les mêmes symptômes que cette forme aiguë de l'arthrite blennorrhagique : « dans les deux cas il y a une tuméfaction énorme, une douleur intense, de l'œdème pouvant faire croire à de la fluctuation. »

Cette question a été reprise récemment par Lop (3) qui écrit que la virulence du gonocoque est assez exagérée au cours de la puerpéralité pour donner lieu à des manifestations à distance très souvent mises sur le compte du rhumatisme puerpéral, alors qu'elles doivent être rapportées à la blennorrhagie. Après avoir rapporté les cas de Patenostre, ceux de Vinay, de Bégouin et Bar il rapporte une observation personnelle que nous reproduisons ci-dessous.

1. *Thèse de Nancy* 1902.

2. *Thèse de Paris*, 1884.

3. *Gazette des Hôpitaux* 1903.

Observation I

(*Lop. Gazette des hôpitaux*, 1903, n° 98, p. 978).

Accouchement prématuré à six mois. — Infection gonococcique. — Arthrite du coude droit au quatrième jour de l'accouchement.

« Primipare, 33 ans, couchée au n° 2 de la Clinique obstétricale, service de M. le professeur Quéirel. Entrée le 30 mars 1903 en prévention d'infanticide.

Cette femme s'est accouchée le 26 mars au sixième mois d'un enfant qui a été trouvé mort à côté d'elle et que l'on suppose avoir succombé à des manœuvres criminelles. La délivrance paraît avoir été normale.

Elle est arrivée dans le service le quatrième jour de l'accouchement sans que rien d'anormal eût été constaté jusqu'ici.

Le 1^{er} avril. — Au soir, légère élévation de la température avec apparition d'une douleur dans le coude droit.

Le 2 avril. — Le coude est très douloureux ; il a augmenté de volume ; il est rouge et chaud.

L'avant-bras fléchit légèrement sur le bras.

Il existe un léger œdème en arrière de l'olécrâne, sur les côtés et sous l'insertion tricipitale ; le doigt perçoit une fluctuation manifeste ; l'épanchement bien que très net paraît cependant peu abondant.

Les mouvements de flexion et d'extension de l'avant-bras sur

le bras sont très douloureux ; les mouvements de pronation et de supination sont conservés et ne provoquent qu'une douleur modérée s'ils ne sont pas exagérés.

Seule l'articulation du coude est atteinte et la malade ne se plaint uniquement que d'un écoulement vaginal assez abondant qui a déterminé un peu d'érythème des grandes lèvres ; elle accuse en outre des mictions fréquentes et douloureuses depuis le second jour de son accouchement.

Du 2 avril au 8 avril la température s'est maintenue autour de 38 degrés avec un état général relativement satisfaisant mais avec une aggravation sensible dans les troubles urinaires : cystite.

A partir du 8 avril la tuméfaction articulaire a diminué progressivement et le 15 il n'y avait pour ainsi dire plus de trace de l'arthrite.

Néanmoins par précaution je garde la malade quelques jours encore et le 21 je la renvoie dans le service des consignés où elle doit attendre le résultat de l'instruction judiciaire dont elle est l'objet.

La vaginite et la cystite sont très notablement améliorées.

Examen bactériologique. — En présence d'une localisation articulaire aussi nette et avec si peu de réaction générale, j'avais aussitôt songé à de l'infection blennorrhagique que l'examen bactériologique est venu confirmer.

L'examen de l'écoulement vaginal a démontré, outre de nombreux staphylocoques et quelques bacilles difficiles à caractériser, une très forte proportion de gonocoques de Neisser. »

Nous avons suivi un cas de ce genre dans le service du Dr Oettinger. Chez une jeune femme soignée un an auparavant dans le service du Dr Chaput pour métrite et qui continuait à présenter depuis ce temps des écoulements leucorrhéïques, apparut 15 jours environ après l'accouchement une douleur très vive de l'épaule droite pour laquelle la malade était entrée salle Axenfeld.

On constatait chez elle une arthrite de l'articulation sterno-claviculaire droite en même temps que la malade se plaignait d'arthralgies de l'articulation du coude.

Les symptômes généraux étaient peu marqués ; il y avait un écoulement vaginal. L'arthrite sterno-claviculaire entraînait peu à peu en résolution et la malade sortait guérie un mois environ après son entrée à l'hôpital.

Dans la monoarthrite puerpérale, surtout si celle-ci, au début tout au moins, se manifeste par des symptômes locaux relativement atténués, on pourra donc penser au rhumatisme blennorrhagique ; avec d'autant plus de raison que « les manifestations articulaires de la stercococcie ne sont que très rarement unilatérales et n'apparaissent en général que dans les cas que l'on peut considérer comme désespérés » (Lop).

Sur quoi se fondera donc le diagnostic différentiel ?

Tandis que dans l'état puerpéral on note avant et pendant l'évolution de l'arthrite des signes généraux graves, traduisant l'infection profonde de l'économie « c'est à peine si l'arthrite blennorrhagique déterminera une légère réaction générale. Cette inflammation est

surtout très douloureuse comme le sont toutes les manifestations articulaires de la blennorrhagie.

Arthrite séreuse avec épanchement modéré, mais impotence quasi-absolue avec douleurs très vives : tous autant de symptômes qui cadrent mal avec ce que nous montre d'habitude l'infection puerpérale dans ses manifestations articulaires (1).

A l'ensemble clinique doivent s'ajouter les renseignements fournis par l'interrogatoire, l'examen bactériologique des sécrétions vaginales et l'évolution clinique devant confirmer l'hypothèse d'une infection blennorrhagique. » (Lop).

A ces manifestations doivent s'ajouter les résultats fournis par l'examen du sang.

Nous avons déjà insisté à plusieurs reprises sur la polynucléose qui précède et accompagne constamment l'arthrite puerpérale suppurée. *Vaquez et Aubertin* (2) ont constaté au contraire l'absence de réaction leucocytaire appréciable du sang dans les manifestations générales de l'infection gonococcique, même dans l'arthrite blennorrhagique suppurée.

Le diagnostic de certitude pourra être fourni par l'examen bactériologique du liquide intra-articulaire qui dans l'arthrite puerpérale décèlera la présence des chaînettes prenant le Gram, alors que le gonocoque pourra être constaté dans la blennorrhagie par l'exa-

1. *Société méd. des Hôpitaux*, 1902.

2. *Société méd. des Hôpitaux*, 1902.

men direct ou surtout par la culture sur milieux spéciaux (sang gélosé); beaucoup plus souvent le résultat sera négatif dans ces cas.

La stérilité du liquide articulaire ne peut pourtant pas être considéré comme permettant d'affirmer la blennorrhagie.

On peut également ne pas déceler le streptocoque au début de l'évolution de l'arthrite puerpérale (Observation XIV).

CHAPITRE VII

Traitement.

Nous n'insisterons pas sur la prophylaxie de l'infection puerpérale, sur l'asepsie aussi parfaite que possible que l'on doit exiger non seulement de l'accoucheur, mais encore de l'accouchée elle-même et de son entourage.

Quand les accidents ont fait leur apparition, tous les efforts doivent porter sur la désinfection de la plaie utérine. Le curage quand il y a rétention du placenta ou des membranes, les injections intra-utérines, le drainage de l'utérus (Mouchotte) répondent à ces indications.

Le curettage instrumental est combattu par de nombreux auteurs comme risquant d'ouvrir des portes d'entrée à la généralisation sanguine.

Si ces procédés simples ne réussissent pas, si l'infection paraît grave, peut-on recourir à des interventions plus radicales ?

L'hystérectomie a été préconisée dans ces dernières

années et a eu de nombreux partisans (1) ; mais elle a été non moins vigoureusement attaquée par d'autres chirurgiens qui lui objectent sa gravité pronostique considérable, qui lui reprochent d'être une opération excessive dans le cas où les accidents restent locaux et peuvent céder à des interventions plus simples et de devenir au contraire inutile quand la généralisation streptococcique est déjà réalisée. Or les accidents septicémiques peuvent survenir en quelque sorte d'emblée.

A ces accidents peut-on opposer une médication spécifique ?

Les travaux de Marmorek avaient fait espérer l'existence d'un sérum antistreptococcique efficace contre les infections à streptocoques.

Les résultats cliniques n'ont pas répondu à ce qu'on en attendait et la plupart des accoucheurs ont abandonné complètement la sérothérapie dans le traitement des accidents infectieux de la puerpéralité.

Il semble que, si les streptocoques ne diffèrent entre eux par aucun caractère précis de morphologie, de réaction colorante, de culture sur les différents milieux de virulence, s'il n'y a pas un streptocoque différent pour chaque maladie à streptocoques ; il y ait cependant pour les micro-organismes en chaînettes des races différemment adaptées, qui font que pour deux échantillons en apparence identiques tel sérum efficace expé-

1: *Compte rendu de la Société de chirurgie*, 1901.

rimentalement pour l'infection produite par le premier soit sans action pour celle causée par le second.

On sera donc réduit pendant l'évolution de la septicémie streptococcique à soutenir les forces du malade, en pratiquant des injections d'éther, d'huile camphrée, de sérum, sans atteindre des doses excessives qui ne seraient pas éliminées par les reins, en recourant aux bains froids.

On favorise de la sorte dans la mesure du possible la localisation de l'infection.

Quand celle-ci sera réalisée on pourra avoir recours à une thérapeutique plus efficace. A une infection locale correspondra un traitement local et l'abcès articulaire comme tout abcès doit être évacué.

On abandonnera donc l'immobilisation, la compression, l'action de l'air chaud. Aussitôt que la transformation purulente paraîtra inévitable on ne se contentera pas de ponctions évacuatrices, suivies ou non de lavages articulaires. Cette médication s'est montrée inefficace dans les cas où elle a été essayée (Championnière).

L'incision large sera le seul traitement applicable ; l'arthrite puerpérale devra être traitée par l'arthrotomie pratiquée d'une façon précoce.

On incisera largement l'articulation.

On fera au besoin deux incisions symétriques.

On pourra laver l'articulation avec des liquides antiseptiques.

On drainera largement.

Cette opération sauvegarde la vie de la malade. Ainsi

que le démontrent les cas rapportés dans la thèse de Jalaguier, les observations rapportées par nous dans un grand nombre de cas.

Elle sera également compatible avec une restauration fonctionnelle le plus souvent des plus satisfaisantes.

Après immobilisation dans un appareil plâtré on pratiquera aussitôt qu'il sera possible le massage, la mobilisation.

On aura recours à l'électricité.

De la sorte l'ankylose ne sera qu'exceptionnellement observée.

Il restera souvent des raideurs articulaires plus ou moins accusées, mais ces raideurs auront tendance à s'atténuer à la longue ; dans un certain nombre de cas les fonctions du membre sont restaurées à peu près complètement,

Si les accidents infectieux ne paraissent pas s'atténuer après l'ouverture de l'articulation faudra-t-il avoir recours à une intervention plus large ?

La question se poserait alors de la résection ou de l'amputation

La résection conduit fatalement à l'ankylose complète : elle ne paraît pas avoir des indications particulières qui doivent la faire préférer à l'ouverture de l'articulation dans une suppuration dont le point de départ est non dans les extrémités osseuses mais dans la synoviale articulaire.

D'autre part il ne paraît pas indifférent d'ouvrir largement des vaisseaux osseux qui baigneront par suite

dans le pus. Pratiquée dans un cas de Maclaure elle n'empêcha pas la mort par septicémie.

Il semble donc que la résection ne paraisse pas avoir d'efficacité particulière là où l'arthrotomie a échoué. Cette conclusion ne nous étonnera pas. Comme nous nous sommes efforcé de le faire ressortir, c'est à la continuation de l'infection générale, c'est à la localisation incomplète du processus septicémique que doit être essentiellement imputée la gravité du pronostic dans les arthrites suppurées puerpérales.

L'arthrotomie assure le drainage de l'abcès articulaire, mais elle ne peut rien contre la généralisation causale : la résection ne sera pas plus efficace.

Il en est de même de l'amputation que l'on devra par conséquent réserver aux cas graves dans lesquels l'arthrite paraît revêtir une marche particulièrement intense, s'est compliquée de suppuration de voisinage, et paraît être par elle-même une menace directe et immédiate pour la vie du malade. On n'aura donc que très rarement recours à elle.

C'est donc l'arthrotomie qui nous paraît être le traitement de choix des monoarthrites suppurées d'origine puerpérale.

Elle constituera le traitement conservateur par excellence en ce qui concerne les fonctions de l'article. Elle répond à l'évacuation de l'abcès d'une façon aussi complète que pourraient le faire des interventions plus radicales.

CHAPITRE VIII

OBSERVATIONS

Observation I

(Voir page 41).

Observation II

BOECKEL (*Thèse d'agrégation de JALAGUIER, 1886*).

Schn... Babette.

Entre le 23 juillet 1884 avec une arthrite suppurée du genou :
suite de couches, déjà incisée au dehors.

Nouvelles incisions.

Désinfection de l'arthrite avec chlorure de zinc.

Guérison avec mouvements limités.

Observation III

BOEGEHOLD, 1879. *Arch. f. Klin. Ch.* 1882, t. XXVII.

Femme âgée de 30 ans.

Avortement et quelques jours plus tard gonflement du cou-
de-pied.

Arthrotomie.

Lavages.

Drainage.

Guérison avec mouvements à peine gênés.

Observation IV

BOEGDHOLD, 1879. (Id. observation III).

Femme de 33 ans.

Accouchement.

Péri-endométrite.

Frissons.

Abcès multiples.

Gonflement du genou.

Arthrotomie : 150 grammes de pus.

Lavages en même temps, drainage des autres collections purulentes.

Drainage.

Guérison : mobilité s'améliore rapidement.

Observation V

BOEGEHOLD, (id. v. observation III).

Femme 29 ans.

Accouchement. Quelques jours plus tard tuméfaction du genou.

Arthrotomie. 2 incisions : 140 grammes de pus.

Lavages.

Drainage de part en part.

Drain enlevé le 18^e jour.

Guérison avec ankylose.

Observation VI.

BOEGEHOLD 1880. — *Arch. f. Klin. Chir.* 1879, t. XXVII,
p. 920.

Femme de 28 ans.

Avortement provoqué.

Infection générale.

Gonflement du coup-de-pied.

Arthrotomie.

Drainage.

Mort par infection purulente.

Observation VII

CHAMPIONNIÈRE. — *Thèse de MARCHANDÉ* 1879.

Fausse couche.

Abcès multiples.

Arthrite du genou ponctionnée par M. Gosselin.

La malade s'affaiblit.

Quatre mois après opération.

Arthrotomie, large incision à la partie externe : incision
interne.

Lavages.

Drainage.

Ablation des drains au bout d'un mois et demi.

Guérison.

Comme résultat fonctionnel, mouvement de 80°.

Observation VIII

CHAMPIONNIÈRE. *Thèse de MARCHANDI* (pag. 21).

Malade âgée de 18 ans.

Accouchement avec le forceps.

Peu de temps après tuméfaction du genou gauche.

Le membre devient énorme.

Sept jours après on fait l'arthrotomie par une incision latérale, longitudinale et externe. Il s'écoule beaucoup de sang, une assez grande quantité de pus séreux et de fausses membranes infiltrées de pus.

L'intérieur de l'article est nettoyé avec des éponges imbibées de solution phéniquée.

Drainage.

Les jours suivants peu de pus dans le pansement.

Un mois après la plaie est complètement fermée.

Six semaines après l'opération on retire la jambe de la gouttière: la rotule est assez mobile; mouvement de flexion très peu étendu dans le genou.

La malade ne commence à marcher que trois semaines après.

Finalement quatre mois après l'arthrotomie, l'articulation avait le quart de son étendue normale.

Observation IX

LINDPAINÉER. Obs. X du mémoire de SCRIBA.

Femme de 34 ans.

Enceinte de 7 mois,

Accouchement laborieux.

Arthrite purulente.

Arthrotomie : 2 incisions latérales.

Drainage.

Mort.

Observation X

MAUCLAIRE. — *Archives générales de médecine*, 1895, p. 38.

En 1891 dans le service de notre maître le professeur Le Dentu à Necker nous avons ponctionné un épanchement du coude survenu quinze jours après un accouchement suivi de quelques douleurs abdominales assez intenses et de pertes blanches

Il n'y avait pas de douleurs pendant la miction.

Cet épanchement séro-purulent disparut assez rapidement et la malade guérit sans ankylose.

Le liquideensemencé ne donna lieu à aucune culture.

NOTA. — Il s'agit vraisemblablement dans ce cas d'une arthrite blennorrhagique.

Observation XI

MAUCLAIRE (*id* observation X).

Dans le service du professeur Le Dentu chez une femme qui avait fait une fausse couche nous avons trouvé dans le pus de l'articulation de la hanche des streptocoques purs.

Malgré la résection de la branche la malade mourut de septicémie lente.

Observation XII

POTOCKI et LACASSE. — *Annales de gynécologie et d'obstétrique*, 1904, p. 343, 344.

Infection puerpérale. Arthrite du genou droit. Mort.

B., 23 ans. Primipare.

Accouchée chez elle le 1^{er} août à terme.

Enfant vivant.

Frissons dans la nuit du 1^{er} au 2 août.

Examen à l'entrée. — T. 40°4.

Pouls 144.

Assez bon état général.

Ventre indolore à la pression.

Escharres des organes génitaux externes, œdème vulvaire.

Examen du sang. — G. R., 4.015.000. G. B., 21.200. P. 87, 5.

M. : 10,5. L., 0. E., 2.

Traitement. — Injection intra utérine, qui ne ramène rien.

Injectons vaginales répétées.

Du 4 août au 7 août. L'œdème vulvaire augmente.

T. matin 39°, soir 40°.

Examen du sang le 7 août. — G. R. 3.617.000. G. B. 6.000;

P., 76,5 ; M., 19,5 ; L., 1,5. E., 2,5.

8. — Ventre un peu météorisé, pas douloureux. Augmentation de l'œdème vulvaire. Irrigation vaginale continue.

Bains froids toutes les 4 heures, ramenés de 30° à 26°.

9. — Arthrite du genou droit. Assez bon état général.

Examen du sang. — G. R., 3.515.000. G. B., 12.000. P., 78.

M., 19, L., 2 ; E., 1,

L'arthrite du genou détermine donc une réaction organique : la leucocytose a doublé, la polynucléose légèrement augmenté, l'éosinophilie diminué.

Injection de 500 grammes de sérum artificiel.

10. — Frisson dans la nuit.

T. matin 39°5. Pouls 136.

Examen du sang. — G. R., 3.000.000. G. B., 18.000. P. 78.

M. 18. L. 3. E. 1.

Mauvais état général, langue sèche.

Le pronostic basé sur l'examen clinique est mauvais.

11. — Délire. Injection intra-utérine.

12. — Aggravation de l'état général.

Ventre à peine douloureux.

Escharres en voie d'amélioration.

Pouls très petit. Carphologie. Diarrhée.

Examen du sang. — G. R., 3.200.000. G. B., 17.000. P. 80.

M. 16. L. 4. E. 0.

13. — Mort à 9 h. 45 du matin.

Chez cette malade nous avons assisté à l'apparition d'une arthrite infectieuse du genou, bien localisée, qui a peu réagi sur l'état général.

L'éosinophilie s'est maintenue,

Ce n'est que la veille de la mort que les éosinophiles ont disparu, en même temps que l'état général s'est aggravé. La disparition brusque de l'éosinophilie a coïncidé avec l'aggravation rapide de l'infection, indiquée déjà par la modification des phénomènes généraux.

Il faut toutefois remarquer que les examens du sang

pratiqués au début des suites de couches ne nous auraient pas permis de porter dès ce moment un pronostic fatal.

Observation XIII (inédite).

Observation du service de M. le professeur agrégé NÉLATON.

B... Jeanne, 23 ans 1/2, ménagère.

Entrée le 19 mars 1903, salle Denonvilliers, lit n° 24.

Réglée à 16 ans à peu près régulièrement.

Mariée depuis un an.

Enceinte presque aussitôt après son mariage.

Grossesse pénible avec vomissements jusqu'à quatre mois.

Accouchement pénible mais normal.

Poids de l'enfant : 1 kilogr. 500.

La malade commence à souffrir quelques jours après l'accouchement : les douleurs siègent à l'hypogastre et irradient vers les fosses iliaques, surtout sur la droite.

Les douleurs semblent augmenter la nuit.

Entre à l'hôpital le 19 mars.

Les douleurs de plus en plus vives.

Douleurs lombaires et vers la racine de la cuisse droite.

Palpation. — Douleur exagérée immédiatement au-dessus de l'arcade crurale.

Toucher vaginal. — Col gros, mou, entr'ouvert, déchiqueté.

Utérus peu mobile.

Cul-de-sac gauche libre.

Une masse fluctuante bombe dans le cul-de-sac latéral droit : on la sent aussi par le palper abdominal.

Anorexie. Constipation. Temp. 39°.

Application de glace sur le ventre.

Injectons chaudes.

Régime lacté.

Les jours suivants :

La température oscille entre 38° le matin et 39°, 39°5 le soir.

Le plastron iliaque est toujours aussi douloureux.

La fluctuation devient nette au-dessus de l'arcade crurale.

Incision le 15 juin. — Au-dessus de l'arcade.

Drainage. — Suintement purulent très abondant nécessitant plusieurs pansements chaque jour.

Température s'abaisse.

Amélioration de l'état général.

L'appétit est revenu.

Vers le 12 juillet. — La malade ressent quelques douleurs articulaires dans toutes les articulations.

Elle fait une légère poussée de congestion pulmonaire accompagnée d'élévation de température à 38°6.

Cet état ne dure que deux ou trois jours.

Le suintement purulent au niveau de l'incision abdominal continue mais il est peu abondant.

Vers le 20 août, la malade qui était sur le point d'aller en convalescence, ressent la nuit une douleur dans le genou droit : cette douleur supportable empêche cependant le sommeil.

Le lendemain à l'inspection on ne remarque rien d'anormal, mais l'articulation est sensible à tel point que la flexion est presque impossible.

Ce jour élévation de température brusque à 39 : les jours précédents la température était normale.

Dans la suite l'articulation augmente de volume, devient douloureuse.

Pansements humides.

La température très élevée le soir.

La malade perd l'appétit et son état bien que moins grave rappelle son état lors de l'entrée à l'hôpital.

Ce n'est que vers 6 jours après, le 9 septembre, que la fluctuation étant évidente on pratique l'Arthrotomie.

Ecoulement de pus.

Drainage.

Examen fait au laboratoire de M. Sabouraud, démontre la présence de streptocoques.

Abaissement de température.

Amélioration notable de l'état général.

Le 21 septembre angine herpétique d'ailleurs bénigne.

La malade sort guérie en novembre avec des raideurs articulaires.

Observation XIV

*Observation due à l'obligeance de MM. les Docteurs OETTINGER
et POTHERAT.*

B... P... 20 ans. Brodeuse.

Entrée le 18 mars à l'hôpital Broussais, salle Axenfeld.

Accouchée le 13 mars 1904, primipare.

L'accouchement, pratiqué par une sage-femme, a été normal, n'a nécessité aucune manœuvre spéciale.

Le 16. — Elle a présenté des frissons, de la céphalée et de la fièvre.

Le 17. — Son état ne s'améliore pas.

Elle est envoyée le 18 à Broussais avec le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le 18. — T. 39°6.

Pas de douleurs abdominales.

Un peu de diarrhée.

Il y a de la céphalée.

Une légère épistaxis.

Pas de taches rosées.

La palpation du ventre n'est pas douloureuse.

L'utérus remonte jusqu'à 6 ou 7 centimètres au-dessous de l'ombilic.

Langue saburrale humide.

La malade tousse un peu depuis deux ou trois jours.

Rien à l'auscultation du cœur ou des poumons.

Le pouls bat à 104 pulsations.

Les urines présentent une diazoréaction très nette. Elles ne contiennent pas d'albumine mais de l'indican en assez grande quantité.

Au toucher, le col est entr'ouvert, l'utérus est mobile, les culs-de-sac sont libres.

Pas d'écoulements purulents ou fétides.

Les symptômes généraux continuent les jours suivants sans aucun signe de la localisation.

La fréquence du pouls est variable d'un moment à l'autre.

Il y a des frissonnements répétés.

Le 23 la malade se plaint d'une douleur apparue dans le genou gauche la nuit précédente.

Le genou est augmenté de volume.

Il y a un épanchement avec œdème périarticulaire assez peu douloureux.

La diazoréaction est moins marquée.

Cette arthrite évolue les jours suivants, elle paraît s'amender sous l'influence de l'immobilisation et de l'air chaud en même temps que la température s'abaisse et que les douleurs locales sont moins vives.

Le 26 cependant la température est remontée au-dessus de 39°.

Les douleurs locales sont redevenues très vives, et l'impotence du membre est accusée.

L'empâtement a augmenté.

On pratique une ponction exploratrice qui retire un liquide séreux et visqueux, présentant à l'examen histologique un certain nombre de leucocytes polynucléaires. Les examens directs ne montrent pas de formes microbiennes; les ensemencements restent stériles.

Le 28 les accidents articulaires se sont accentués, l'œdème remonte jusqu'à la partie moyenne de la cuisse: la peau est rouge.

Une nouvelle ponction retire un liquide louche, séro-purulent, présentant des chaînettes de streptocoques par l'examen direct et par les cultures.

Le 29 mars on passe le malade en chirurgie. Elle est couchée salle Broca, n° 7.

L'augmentation de volume du genou gauche est devenue très considérable: le genou est globuleux, les culs-de-sac sail-lants.

La peau est rouge, très chaude.

Il y a une lymphangite réticulaire du genou et des parties sus et sous-jacentes.

Le membre est à demi-fléchi-contracturé.

Il y a de la douleur spontanée et exagérée à la pression, de l'hyperesthésie de la peau.

Les mouvements sont impossibles.

La malade pousse des cris aussitôt que son articulation n'est plus parfaitement immobilisée.

L'état général est assez grave.

Le faciès est anxieux; il y a de l'anorexie, des troubles gastro-intestinaux, de la constipation.

La température est élevée, 39°, 5, 40°.

On met un grand pansement humide comprenant le pied et remontant jusqu'à la racine de la cuisse.

Le 29. — On fait l'arthrotomie sous chloroforme; on pratique des incisions latérales de 4 centimètres chacune. On vide et on lave l'articulation. On draine largement.

Traitement post-opératoire. — Grands pansements humides renouvelés tous les jours; grands lavages articulaires au bœck.

L'état général s'améliore.

La température est toujours élevée, surtout le soir, avec des oscillations.

La malade commence à s'alimenter.

Localement le genou est diminué de volume, mais toujours très douloureux.

Au bout de huit jours on enlève le drain du côté gauche du genou.

Quelques jours après celui du côté droit. On continue les lavages et les pansements humides.

Pendant toute cette période le membre était immobilisé dans une gouttière métallique.

Au bout de quatre semaines on cesse les pansements et on place le membre dans un appareil plâtré qui reste appliqué pendant un mois.

L'état local s'améliore à ce moment, le genou est toujours gros, déformé, mais plus souple. Plus de douleurs depuis cette immobilisation complète. Atrophie commençante de la cuisse.

L'état général est satisfaisant. La température est parfois élevée sans cause appréciable mais se rapproche en général de la normale.

Pendant l'immobilisation plâtrée un épanchement intra-articulaire assez abondant se produit. On fait une forte compression ouatée et au bout de huit jours les accidents disparaissent.

On enlève le plâtre dans les premiers jours de juin.

Le genou est gros, déformé, mais indolore, les culs-de-sac sont souples.

La rotule n'est pas mobile. Les extrémités du fémur et du tibia sont très épaissies.

Ankylose et raideur prononcées.

Atrophie de la cuisse notable.

On masse et on mobilise l'articulation. Résultats satisfaisants. L'atrophie disparaît peu à peu.

Les mouvements de flexion ne sont pas encore normaux mais reviennent chaque jour.

La malade se lève et marche.

Elle sort de l'hôpital le 19 juin 1904, les mouvements articulaires sont très satisfaisants.

CONCLUSIONS

1° Les arthrites suppurées, qu'on observe pendant la puerpéralité, reconnaissent le plus souvent comme cause une septicémie streptococcique, à point de départ utérin, entraînant la formation de foyers métastatiques.

2° A côté des cas où cette septicémie donne lieu à la production de foyers suppurés multiples dans les articulations et dans les divers organes, (septico pyohémie puerpérale) on peut observer des monoarthrites suppurées, en rapport avec la localisation de l'infection, et qui peuvent évoluer comme une affection locale.

3° Les conditions étiologiques et pathogéniques de ces suppurations articulaires à distance sont les mêmes que celles de l'infection puerpérale en général.

Les monoarthrites suppurées peuvent être comparées aux pleurésies suppurées d'origine puerpérale et aux foyers de suppuration osseuse locale par septicémie staphylococcique que l'on observe dans l'ostéomyélite des adolescents.

4° Les articulations des membres, et en particulier celle du genou, sont les plus fréquemment atteintes. On peut observer un début par arthrite séreuse évoluant progressivement vers la purulence.

5° Les symptômes, la marche et le pronostic sont variables suivant le cas. Le début peut être marqué par des symptômes d'infection et de suppuration utérine ou pelvienne. Ceux-ci peuvent être peu ou pas appréciables. La maladie évolue alors en deux périodes : une période de phénomènes généraux traduisant l'existence d'une streptococcémie ; une période de phénomènes locaux caractérisée par l'apparition et le développement d'une arthrite suppurée.

6° Le diagnostic doit être posé pendant la période de généralisation avec la fièvre typhoïde, avec la granulie, avec les diverses maladies fébriles.

Il se basera surtout, en dehors de l'examen de l'utérus et des annexes, sur les signes différents de ces diverses infections.

A la période d'arthrite il se posera surtout avec le rhumatisme blennorrhagique, dont l'apparition peut être favorisée par l'état puerpéral, sans que celui-ci lui donne des caractères cliniques différents de ceux qu'il présente en dehors de lui.

7° La mort peut survenir soit par septicémie, soit par les complications auxquelles peut donner lieu le foyer articulaire. Si la guérison survient on doit redouter l'ankylose.

8° En dehors des indications thérapeutiques généra-

les de l'infection puerpérale, la monoarthrite suppurée sera justiciable de l'arthrotomie pratiquée à une époque précoce. La guérison est fréquente quand l'infection s'est localisée. On peut espérer une restauration fonctionnelle satisfaisante des mouvements de l'articulation.

9° On n'aura recours à la résection ou à l'amputation qu'après échec de l'arthrotomie.

Vu : le Président de thèse,

HUTINEL

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et Permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

LIARD

TABLE

CHAPITRE I. — Introduction.	7
CHAPITRE II. — Étiologie. Pathogénie	14
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	20
CHAPITRE IV. — Symptomatologie	23
CHAPITRE V. — Pronostic	29
CHAPITRE VI. — Diagnostic	35
CHAPITRE VII. — Traitement	46
CHAPITRE VIII. — Observations	51
Conclusions	65

